

DISLIPIDEMIAS:

Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde do ACeS Santo Tirso/ Trofa

Mestrado Integrado em Medicina

Porto, 2012

Estudante:

Ângela Valongo

Orientadora:

Dra. Conceição Outeirinho

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

DISLIPIDEMIAS:
Conhecimentos e Atitudes dos
Profissionais de Saúde do ACeS
Santo Tirso/ Trofa

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto por:

Ângela Ofélia Lopes Correia Valongo

Aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Número de aluno: 061001064

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Email: angelaofelia@gmail.com

Orientadora:

Dra. Maria da Conceição da Costa Outeirinho

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde

Familiar Garcia de Orta – ACeS Porto Ocidental e

Professora Auxiliar Convidada de Medicina Geral e Familiar do Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal. São uma importante origem de morbilidade e invalidez na população portuguesa. A dislipidemia é um fator de risco cardiovascular bem estabelecido. Para uma correta prevenção e controlo da progressão da doença é fundamental a sua deteção precoce e tratamento adequado, os quais dependem das atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde e doentes.

Objetivos: Identificar o nível de conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde - médicos, do Agrupamento Centros de Saúde de Santo Tirso/Trofa (ACeS), relativamente às dislipidemias e ao seu tratamento.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo observacional e transversal numa amostra de conveniência dos médicos, que exercem profissão no referido ACeS. A recolha de dados efetuou-se através de um questionário de autopreenchimento. Procedeu-se à análise dos dados através do programa informático SPSS versão 20.0.0 com aplicação da estatística descritiva e analítica.

Resultados: Dos médicos inquiridos, 42,9% referiu ter 25-49% dos doentes com diagnóstico de dislipidemia. Aproximadamente metade dos médicos afirmaram realizar o rastreio do perfil lipídico nas mulheres e nos homens antes dos 18 anos. A maioria dos médicos referiu que 60% dos doentes, com diagnóstico de dislipidemia, seriam tratados pela associação da modificação de estilos de vida e da terapêutica farmacológica. A percentagem média de respostas em conformidade com as orientações clínicas foi de 65,1% ($\pm 9,8$), sendo que os médicos mais jovens apresentaram uma média significativamente superior à obtida pelos médicos mais velhos ($p=0,007$).

Discussão: Na percentagem média de respostas em conformidade com as orientações clínicas, foram demonstradas variações nos resultados obtidos. Embora a maioria desenvolva a sua prática em consonância com as recomendações clínicas, uma proporção considerável não o faz. Assim, dado tratar-se da abordagem e controlo de um fator de risco cardiovascular, torna-se necessária a revisão e atualização de conhecimentos com consequente uniformização dos procedimentos dos médicos, para uma maior rentabilização de custos (físicos e financeiros) e melhor saúde das populações.

Palavras-chave: Dislipidemia, Hiperlipidemia, Conhecimentos e atitudes, Médicos, Normas de Orientação Clínica, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Portugal and an important source of morbidity and disability in the Portuguese population. Dyslipidemia is a cardiovascular risk factor well established. For a correct prevention and control of the disease progression is critical an early detection and appropriate treatment, which depends on the attitudes and knowledge of health care providers and patients.

Objectives: Identify the knowledge and attitudes of health care providers regarding dyslipidemia and its treatment in a Group of Health Centers (ACeS) from Santo Tirso/ Trofa.

Material and Methods: It was conducted a cross-sectional observational study on a conventional sample of care-providers, doctors, working in that ACeS. In collecting data was used a self-administered questionnaire. The data analysis was conducted using the SPSS software version 20.0.0 with the application of descriptive and analytical statistics.

Results: Of the physicians surveyed, 42.9% indicated that 25-49% of patients had the diagnosis of dyslipidemia. Approximately half of the physicians performed lipid profile screening on women and men before age 18. Most of the health providers said that 60% of their patients diagnosed with dyslipidemia would be treated by the combination of lifestyle modification and drug therapy. The average percentage of responses according with the guidelines was 65.1% (± 9.8). The average number of correct answers obtained by younger health care providers was significantly higher than that obtained on older health care providers ($p = 0.007$).

Discussion: The average percentage of responses according with the guidelines demonstrated variations in the results obtained. Although most develop their practice according with clinical recommendations, there is still a considerable proportion that do not. What, since it is the approach and control of a cardiovascular risk factor, makes mandatory the need to revise and update knowledge with the consequent standardization of medical procedures for cost-effectiveness (physical and financial) and better health care populations.

Key words: Dyslipidemia, Hyperlipidemia, Knowledge and Attitudes, Health Care Providers, Guidelines, Primary Health Care.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para que fosse possível elaborar o trabalho que está subjacente nesta tese, sem vocês tudo teria sido muito mais difícil.

Estou profundamente grata à minha orientadora, Dr.^a Conceição Outeirinho, pelo encorajamento, orientação e apoio durante todo o percurso, muitos vezes tortuoso, que conduziu à elaboração desta tese.

Ao Doutor Rui Magalhães pela ajuda preciosa na análise estatística.

Esta tese não teria sido possível sem a colaboração dos Diretores do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Santo Tirso/Trofa e dos médicos coordenadores dos diferentes serviços pertencentes ao referido ACeS.

A todos os elementos constituintes das Unidades de Saúde Familiar e Centros de Saúde que de diversas maneiras possibilitaram a realização deste trabalho, o meu mais profundo agradecimento.

Uma palavra especial de agradecimento à minha família, pela compreensão e pelo estímulo ao desenvolvimento desta tese.

Quero agradecer também aos meus amigos, pelo apoio incondicional, nos bons momentos e nos menos bons.

Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CES – Comissão de Ética para a Saúde
CT – Colesterol Total
DALYs – Disability-Adjusted Life Years
DCI – Doença Cardíaca Isquémica
DCV – Doença Cerebrovascular
DGS – Direção Geral da Saúde
HDL – Lipoproteína de alta densidade
LDL – Lipoproteína de baixa densidade
NOC – Normas de Orientação Clínica
OMS – Organização Mundial de Saúde
SCORE – Systemic Coronary Risk Estimation
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados de Saúde
US – Unidade de Saúde
USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

	Página
1. Introdução.....	1
2. Material e Métodos	5
3. Resultados.....	7
4. Discussão	14
5. Bibliografia	16
Anexos.....	20

1. Introdução

As doenças cardiovasculares, das quais a mais comum é a doença cardíaca coronária, são as principais causas de morte nos doentes de meia-idade e idosos na maioria dos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento.¹⁻³

De acordo com o relatório de 2002 da Organização Mundial de Saúde (OMS),⁴ mais de 50% da mortalidade e incapacidade resultantes da doença cardíaca isquémica (DCI) e dos acidentes vasculares cerebrais poderia ser evitada pela implementação de medidas simples e custo-efectivas a nível individual e nacional (desenvolvimento de políticas e programas promotores da saúde populacional).⁵ Igualmente importante é o fato de grande parte do potencial benefício decorrente da implementação destas intervenções possa ser obtido num curto espaço de tempo (cerca de 5 anos), uma vez que a progressão da doença cardiovascular é passível de ser interrompida com relativa facilidade.⁵

Em Portugal, como nos restantes países da União Europeia, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, envolvendo direta e indiretamente elevados custos económicos.^{3,6} Estas são uma importante origem de morbilidade, de invalidez e anos potenciais de vida na população portuguesa.⁶ A dislipidemia é um fator de risco de doença cardiovascular epidemiologicamente bem estabelecido,⁶ chegando a prevalência desta doença a ser superior à da hipertensão arterial.⁵ A sua deteção precoce e tratamento adequado são fundamentais para uma correta prevenção e controlo da progressão da doença.⁶ Deste modo, trata-se de um problema real da sociedade portuguesa, em relação ao qual doentes, profissionais de saúde e governo devem estar fortemente empenhados em melhorar.⁵

As dislipidemias são alterações metabólicas das lipoproteínas decorrentes de perturbações funcionais em qualquer fase do metabolismo lipídico e que levam a alterações nos seus níveis séricos,⁷ pela produção em excesso ou em deficiência da referida lipoproteína.^{8,9} Esses distúrbios podem, por si só, ou em interação com outros fatores de risco cardiovasculares, provocar o desenvolvimento de aterosclerose.⁸ As dislipidemias podem estar relacionadas com outras doenças (dislipidemias secundárias) ou com a interação entre a predisposição genética e os factores ambientais.⁸ Estas doenças manifestam-se pela elevação da concentração do colesterol sérico total (CT), do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) e dos triglicéridos, e pela diminuição do colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL).⁹ A elevação de CT e das LDL-C tem recebido particular atenção, pois esta situação pode ser modificada pela associação da alteração de estilos de vida e/ou com a terapia farmacológica.⁸ Existem mesmo estudos que demonstram que a redução destes tipos de colesterol possibilita a prevenção da doença cardiovascular.^{8,10,11} As dislipidemias podem ter um significado diferente consoante o subgrupo de doentes envolvidos. Este pode estar

relacionado com a predisposição genética e/ou com a presença de comorbilidades nesses doentes. É pois, uma situação que requer particular atenção no controlo do risco cardiovascular.⁸

No contexto das dislipidemias, o risco cardiovascular baseia-se na probabilidade de um individuo desenvolver um evento cardiovascular aterosclerótico num determinado período de tempo. Atualmente as NOC existentes recomendam, na prevenção da doença cardiovascular, a avaliação do risco cardiovascular porque, na maioria das pessoas, a doença cardiovascular aterosclerótica é o resultado de diversos fatores de risco. Muitos sistemas de avaliação estão disponíveis,^{12,13} no entanto a maioria das orientações clínicas utilizam como sistemas de avaliação de risco, as escalas de Framingham ou do SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation).^{14,15} Na prática clínica, na prevenção das doenças cardiovasculares, as sociedades europeias de cardiologia (ESC) e de aterosclerose (EAS) nas suas diretrizes atuais, recomendam o uso do sistema SCORE.⁸

Os doentes com história de Síndrome Coronário Agudo ou de Acidente Vascular Cerebral possuem um elevado risco de ocorrência de um novo evento semelhante. Deste modo, estes doentes devem ser monitorizados e controlados com base nesse risco. Atualmente, qualquer indivíduo com um risco, em 10 anos, de morte de origem cardiovascular igual ou superior 5%, classifica-se como possuindo alto risco global cardiovascular.⁸

Com o objetivo de diminuir a variação da prática clínica e apoiar o profissional de saúde têm sido publicadas normas de orientação clínica.¹⁶ No entanto, alguns estudos demonstraram lacunas no conhecimento e aplicação prática dessas orientações.¹⁷⁻²⁰

As principais causas das doenças cardiovasculares são multifactoriais.⁸ Aproximadamente 75% da doença cardiovascular pode ser atribuída ao conjunto dos fatores de risco ditos modificáveis,⁵ como os estilos de vida, nomeadamente o tabagismo, a ausência da prática de exercício físico e os hábitos alimentares.⁸ Existem outros fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as dislipidemias. São fatores de risco não modificáveis, a idade e o sexo masculino.⁸ A ausência da correção dos fatores modificáveis poderá ser responsável pela perda de cerca de 25% do conjunto de anos de vida saudáveis até ao ano de 2020.⁵

Foi comprovado que a redução do colesterol por diversos métodos, ao contrário das alterações alimentares apenas, resulta em maiores taxas de regressão e de estabilização das placas ateroscleróticas.²¹ Simultaneamente, o tratamento com terapêutica antidislipidémica parece ser acompanhado por uma redução no teor dos lípidos das placas ateroscleróticas, tornando-as mais estáveis e diminuindo a possibilidade da sua rutura.^{22,23}

Apesar das controvérsias em torno da realização do rastreio e do tratamento dos níveis de colesterol, a maioria dos especialistas realça a importância de tratar a dislipidemia.⁹ Porém,

apenas uma em cada quatro pessoas que necessitam de terapia antidislipidémica a recebe e só uma pequena percentagem das que a recebem está bem controlada.⁶

A abordagem terapêutica dos doentes com dislipidemia é um problema multifatorial, envolvendo a responsabilidade conjunta dos profissionais de saúde, dos doentes e do sistema de saúde.¹⁷ O tratamento das dislipidemias pode ser influenciado negativamente por diversos fatores, como a falha na deteção precoce (rastreio) e no follow-up do doente, defeitos no conhecimento e compreensão das normas de orientação clínica e da literatura existente, controvérsia nas recomendações das NOC, falta de conhecimento das necessidades dos doentes, reduzida formação prática em intervenções para a modificação dos comportamentos dos doentes, falta de tempo para promover a adesão à medicação e para modificar os estilos de vida dos doentes.^{18,24} Outro obstáculo importante no tratamento inadequado das dislipidemias é o fato de diversos profissionais de saúde desvalorizarem a consciencialização dos doentes relativamente à doença cardiovascular.²⁴ Os conhecimentos em relação à eficácia do tratamento farmacológico foram identificados como importantes incitadores nas decisões práticas dos profissionais de saúde.²⁵ Todavia, foi demonstrado que as atitudes dos médicos relativamente à terapêutica são um determinante mais importante, do que o conhecimento clínico dos mesmos, na resposta ao tratamento por parte dos doentes.¹⁷ Um estudo realizado demonstrou ainda, que as médicas atingem o tratamento farmacológico ideal, para níveis de colesterol e triglicéridos desejados, mais facilmente que os seus colegas médicos.²⁴ No que concerne aos doentes, fatores relativos a estes são considerados as principais razões para o fato de as dislipidemias serem inadequadamente tratadas.⁹ Muitos doentes possuem poucos conhecimentos relativamente aos fatores de risco relacionados com a doença cardiovascular,²⁴ podendo mesmo, ser relutantes na adesão ao tratamento indicado pelo profissional de saúde pelo fato de possuírem definições incorretas relativas à doença e às prescrições efetuadas, pela natureza assintomática da doença, pela presença de comorbilidades, pela não sensibilização psicossocial relativamente à adesão terapêutica, por dificuldades na mudança de estilos de vida, pela não-aceitação por parte do doente da doença e por barreiras linguísticas, culturais, económicas e sociais.¹⁸ Relativamente ao sistema de saúde podem ser identificados diversos obstáculos no tratamento das dislipidemias como falta de cooperação multidisciplinar, a excessiva documentação necessária, dificuldades na educação dos doentes relativamente ao nível educacional necessário e na coordenação dos serviços de saúde, fatores económicos e a falta de tempo.¹⁸

O presente estudo foi elaborado com o objetivo de identificar o nível de conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde, médicos, do Agrupamento Centros de Saúde (ACeS) de Santo Tirso/ Trofa relativamente às dislipidemias e seu tratamento, tendo em conta que a dislipidemia é um problema prevalente entre a população portuguesa, sendo a sua prevalência mesmo superior à da hipertensão arterial; é um fator de risco de doença cardiovascular

epidemiologicamente bem estabelecido, para o qual o médico deve estar constantemente atualizado para uma melhor prestação clínica de âmbito terapêutico no sentido da modificação do percurso da doença e por não se conhecerem estudos realizados nesta área, no ACeS Santo Tirso/Trofa, podendo os resultados vir a contribuir para eventuais ajustes de procedimentos e melhoria da saúde das populações que servem.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado numa amostra de profissionais de saúde - médicos, que exercem a sua profissão no ACeS Santo Tirso/ Trofa.

A amostra foi de conveniência constituída pelos médicos que consentissem participar.

A realização deste estudo foi autorizada pela Comissão de Ética para Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS – Norte) e pelo Diretor Executivo do referido ACeS.

O instrumento utilizado na colheita de dados para este estudo foi a aplicação de um questionário de autopreenchimento, criado para avaliar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde relacionados com a abordagem terapêutica da dislipidemia, elaborado com base nas seguintes fontes: “*Dislipidemias, Manual de Boas Práticas* (2006)”⁶, “*Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events*”²⁶, “*Programa de Avaliação Nacional do Conhecimento sobre Prevenção da Aterosclerose (PANDORA). Um questionário Brasileiro entre Cardiologistas Brasileiros Sobre Redução do Colesterol*”²⁷ e Normas da Direção Geral de Saúde, n.º 019/2011²⁸ e n.º 066/2011²⁹. O conteúdo deste questionário incluiu aspetos essenciais a todos os profissionais de saúde, relacionados com a avaliação das dislipidemias, intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O questionário foi dividido em três partes – A primeira constituída por 7 questões de enquadramento, seguidas por 11 perguntas de resposta múltipla, numeradas de “A” a “K”, constituídas por diversas alíneas e a 3.ª parte por 1 questão com 22 afirmações, classificadas como verdadeiras ou falsas em que só uma opção deveria ser assinalada em cada pergunta. Na primeira parte pretendia-se obter dados biográficos (idade, sexo), a duração e área de exercício da atividade profissional, e existência de formação pós-graduada específica em dislipidemias, de modo a poder caracterizar a amostra.

Foi realizado o contacto com a Direção do ACeS Santo Tirso/Trofa para autorização e colaboração no estudo que desenvolveu orientações aos Coordenadores das US.

Os questionários foram entregues aos médicos Coordenadores das Unidades de Saúde (USF e UCSP) que os distribuíram a todos os médicos que aceitaram participar, no período entre 2 Fevereiro e 31 de Março. Os médicos procederam à devolução do questionário, em envelope fechado sem identificação (com a garantia de que a sua análise seria realizada de modo anónimo e confidencial), com as respetivas respostas, o que presumia o consentimento do profissional para participar no estudo. Os envelopes apenas foram abertos pela investigadora.

A análise dos dados foi realizada através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.0. Foram utilizados métodos de estatística descritiva, tendo sido calculadas medidas de tendência central e dispersão e análise de frequências.

Procedeu-se à análise comparativa entre a percentagem de respostas ao questionário e as diferentes variáveis demográficas. A avaliação das últimas 22 questões foi realizada atribuindo um ponto a cada resposta que estivesse em conformidade com as Normas de Orientação Clínica (NOC) da DGS, e zero pontos à que estivesse em desacordo com as NOC ou na ausência de resposta. Desta forma, a pontuação de cada questionário poderia estar compreendida entre 0 e 22 pontos. Foi determinada a percentagem total de respostas de cada questionário relativamente às 22 questões. Simultaneamente, as referidas 22 questões foram agrupadas em diferentes categorias como “rastreo”, “diagnóstico”, “monitorização”, “modificação de estilos de vida” e “tratamento farmacológico” e verificadas as percentagens de cada uma das categorias dos diferentes questionários.

Utilizaram-se vários testes estatísticos (Qui-quadrado, Non paramétric tests), de acordo com a variável em causa. Para todos os testes, foi considerado um nível de significância estatística de $p < 0.05$, para um intervalo de confiança de 95%.

3. Resultados

A população participante no presente estudo foi constituída por 62 Médicos pertencentes ao ACeS Santo Tirso/Trofa, distribuídos por 11 unidades (5 USF's e 6 UCSP's). Dos 62 profissionais de saúde convidados, apenas 44 devolveram o questionário que lhes foi entregue (Figura 1). Obteve-se, deste modo, uma percentagem aproximada de participação global de 71%. A amostra final incluiu todos os questionários que apresentassem pelo menos uma resposta a cada uma das partes do questionário.

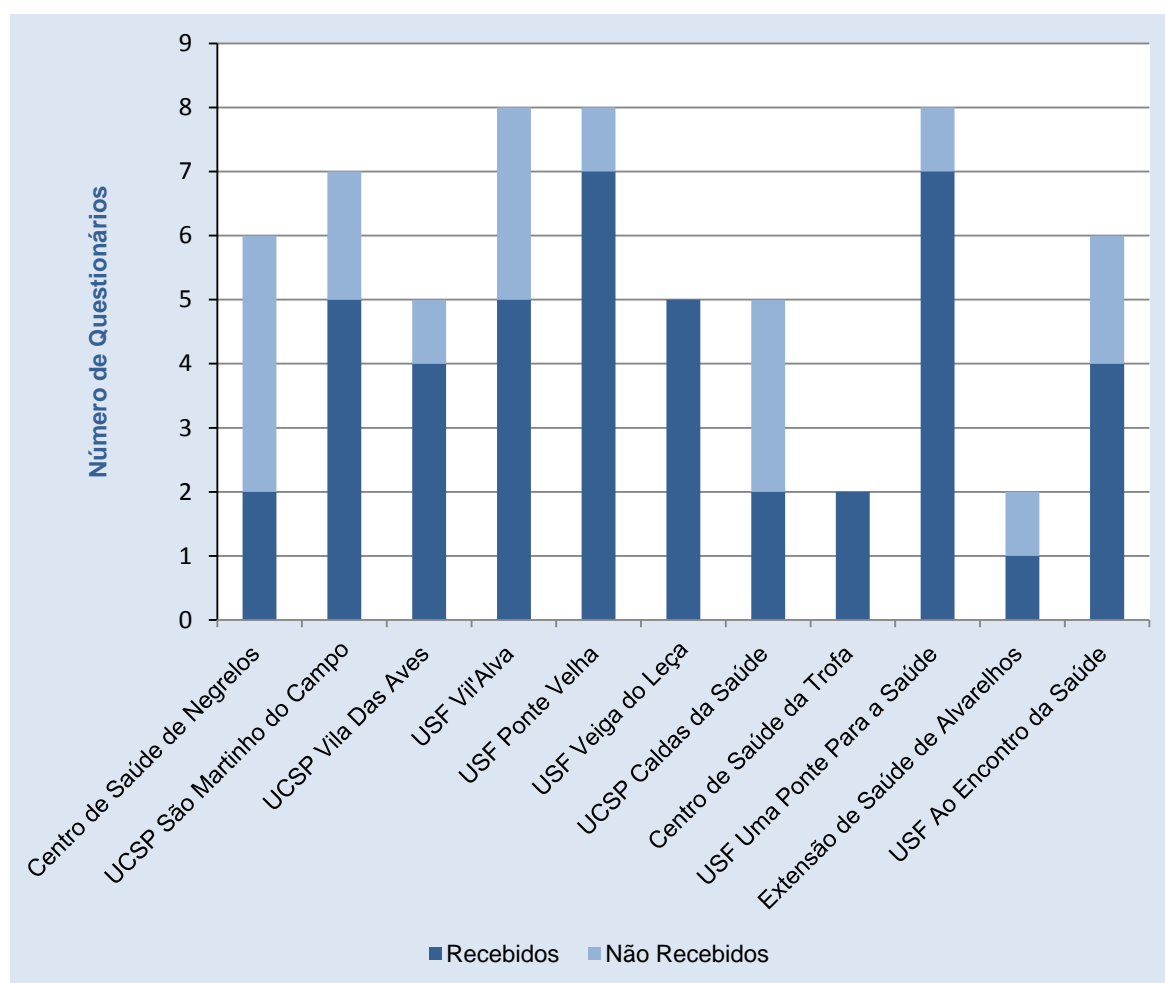


Figura 1 – Participação dos Médicos do ACeS Santo Tirso/ Trofa

A amostra obtida foi constituída por 29,5% de médicos do sexo masculino e 68,2% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os 66 anos, com tempo médio de experiência profissional de 22 (± 11) anos, sendo que 47,7% exerce a sua profissão numa área urbana e 52,3% numa área rural. Dos profissionais inquiridos 18,2% referiram ter tido algum tipo de formação específica em dislipidemias (Quadro I).

Quadro I – Caracterização da amostra

Características Demográficas		n = 44
Sexo		n (%)
Masculino		13 (29,5)
Feminino		30 (68,2)
(Não respondeu)		1 (2,3)
Idade		Média (σ)
		48 (± 11) anos
Duração da experiência profissional		Média (σ)
		22 (± 11) anos
Área de exercício da profissão		n (%)
Urbana		21 (47,7)
Rural		23 (52,3)
Interno Formação Específica de MGF		n (%)
Sim		1 (2,3)
Não		43 (97,7)
Formação específica em dislipidemias		n (%)
Sim		8 (18,2)
Não		36 (81,8)

Na pergunta referente à percentagem de doentes atendidos no consultório, 52,4% dos médicos inquiridos respondeu que 10 a 24% dos seus doentes teriam doença cardiovascular e 42,9% referiu que 25 a 49% dos doentes teriam diagnosticado algum tipo de dislipidemia.

Segundo 53,5% dos médicos inquiridos o rastreio do perfil lipídico deve ser realizado nas mulheres antes dos 18 anos, enquanto 27,9% afirmaram realizar o mesmo nas mulheres com mais de 40 anos. Por outro lado, 50% dos médicos efetuariam o rastreio nos homens com idade inferior a 18 anos, enquanto 20,5% referiram rastrear os homens com idade superior a 40 anos.

A maioria dos médicos inquiridos referiram que 40% dos seus doentes, com diagnóstico de dislipidemia, apresentam colesterol total elevado e triglicerídeos normais, enquanto 30% dos doentes demonstram níveis de triglicerídeos e LDL elevados.

Na questão referente aos doentes com diagnóstico de dislipidemia, a maioria dos médicos afirmaram que 60% dos seus doentes seriam tratados pela associação da modificação de estilos de vida e da terapêutica farmacológica. Enquanto, 10% dos doentes seguiria apenas modificações do estilo de vida.

Relativamente à reavaliação de um doente com diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos: 45,5% dos médicos referiram realizar a mesma após 3 meses nos doentes com valores do perfil lipídico alterados; 54,5% dos inquiridos afirmaram reavaliar duas

vezes por ano os seus doentes, com valores do perfil lipídico controlados; 68,2% mencionaram realizar a reavaliação dos doentes após 3 a 6 meses de tratamento.

Quando questionados relativamente ao tempo médio de tratamento farmacológico das dislipidemias, 56,8% dos médicos afirmaram a vida inteira. Na questão referente ao tempo de terapêutica farmacológica necessário para diminuir ou normalizar o perfil lipídico, 53,5% dos médicos referiram 3 a 6 meses.

Quando inquiridos relativamente a outras questões, 61,4% discordam parcialmente que apenas uma percentagem muito pequena dos doentes seguisse as prescrições medicamentosas; 93,2% concorda total ou parcialmente que o tratamento crónico traga benefícios para os doentes; 93,2% concorda total ou parcialmente que apenas uma pequena parte dos doentes siga as modificações do estilo de vida; 59,1% concorda total ou parcialmente que o tratamento farmacológico das dislipidemias deveria ser mantido indefinidamente (Quadro II).

Quadro II – Percentagem de respostas dos médicos em concordância/ discordância com as diversas questões.

	Concorda (%)	Discorda (%)
1. Apenas uma percentagem muito pequena dos doentes segue as prescrições medicamentosas.	31,8	68,2
2. O tratamento crónico para manutenção dos níveis do perfil lipídico traz benefícios para o doente.	93,2	6,8
3. Apenas uma percentagem muito pequena dos doentes segue as modificações do estilo de vida.	93,1	6,8
4. O tratamento farmacológico das dislipidemias deve ser mantido indefinidamente.	59,1	40,9
5. Quando alcançados os níveis desejáveis do perfil lipídico, devo manter o medicamento prescrito inicialmente.	70,5	29,5
6. O objectivo clínico é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares.	97,7	2,3
7. A dislipidemia é tratada por prevenção.	75,0	25,0
8. A terapêutica farmacológica deve ser alterada, quando o tratamento terapêutico não atinge os valores do perfil lipídico desejáveis.	97,7	2,3
9. A dose da terapêutica farmacológica deve ser reduzida, quando o tratamento terapêutico atinge os valores do perfil lipídico desejáveis.	54,6	45,5
10. As modificações no estilo de vida são um importante objectivo a atingir nos doentes com factores de risco para Doença Cardiovascular.	95,5	4,5
11. Quando o tratamento terapêutico permitiu atingir os valores do perfil lipídico desejáveis, a terapêutica farmacológica deve ser substituída por outro fármaco da mesma classe, mas menos potente.	39,5	60,5
12. O tratamento da alteração do metabolismo dos lípidos modifica o percurso natural da doença coronária.	93,2	6,8
13. A Dislipidemia só deve ser tratada num doente com Colesterol Total superior a 320mg/dl.	2,3	97,7
14. A dose da terapêutica farmacológica deve ser aumentada quando não foram atingidos os valores desejáveis do perfil lipídico.	90,9	9,1
15. Quando foram atingidos os valores desejáveis do perfil lipídico, a terapêutica farmacológica deve ser suspensa e devem ser mantidas as modificações do estilo de vida.	25,6	74,5

Relativamente aos obstáculos que dificultam o alcance dos objetivos no tratamento de uma dislipidemia (Quadro III), 81,8% dos médicos referiram os efeitos secundários do medicamento como uma barreira importante ou muito importante, 88,7% afirmaram que a adesão do doente ao tratamento seria uma barreira importante ou muito importante, apenas 61,3% indicaram a presença de comorbilidades como uma barreira importante ou muito importante, 88,6% referiram o custo do medicamento como uma barreira importante ou muito importante, 63,6% indicaram o número de fármacos necessários para um adequado controlo dos valores dos lípidos como uma barreira importante ou muito importante e 65,9% afirmaram que a compreensão do doente em relação aos objetivos do tratamento seria uma barreira importante ou muito importante.

Quadro III - Percentagem de respostas relativas à consideração das Barreiras no tratamento da dislipidemia

	Não é Barreira (%)	Barreira Pouco importante (%)	Barreira Importante (%)	Barreira Muito Importante (%)
A. Efeitos secundários do medicamento	6,8	11,4	59,1	22,7
B. Adesão do doente ao tratamento	0	11,4	52,3	36,4
C. Presença de comorbilidade	0	38,6	54,5	6,8
D. Custo do medicamento	2,3	9,1	47,7	40,9
E. Número de fármacos necessários para um adequado controlo dos valores dos lípidos	6,8	29,5	54,5	9,1
F. Compreensão do doente quanto aos objetivos do tratamento	0	34,1	50,0	15,9

Os resultados obtidos na terceira parte do questionário sobre a abordagem terapêutica das dislipidemias foram muito variáveis, oscilando entre valores de 2,3% e 100% (Figura 2).

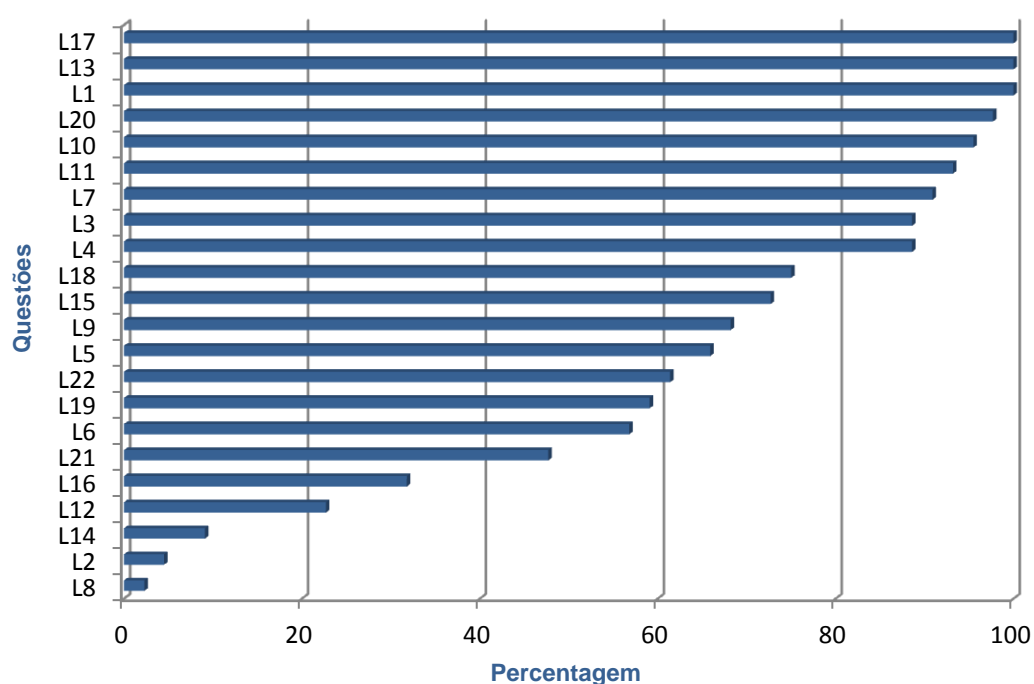


Figura 2 – Percentagem de respostas de acordo com as NOC nas diferentes questões do inquérito

No grupo de questões referentes ao diagnóstico, avaliação e abordagem terapêutica da dislipidemia (questões L1, L7, L10, L11, L13, L17 e L20 – Ver Anexo), a percentagem de respostas em consonância com as NOC foi superior a 90%.

As questões relacionadas com modificações do estilo de vida, rastreio das dislipidemias, diagnósticos diferenciais, monitorização dos indivíduos com o diagnóstico de dislipidemia e tratamento farmacológico (questões L2, L8, L12, L14, L16, L21 – Ver Anexo), obtiveram uma percentagem de respostas de acordo com as NOC inferior a 50%.

Na amostra em estudo (n=62), foi obtida uma média de respostas em conformidade com as NOC de 65,1% ($\pm 9,8$). (Figura 3).

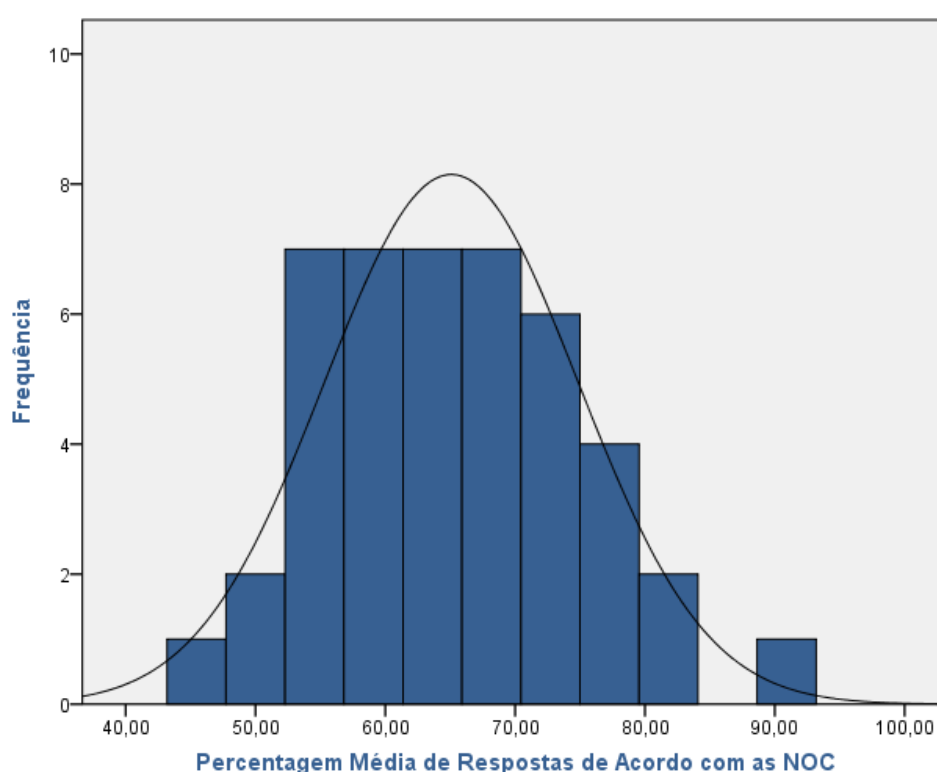


Figura 3 - Histograma para a percentagem de respostas em concordância com as NOC na amostra em estudo

Relacionando a percentagem média de respostas de acordo com as recomendações clínicas, relativamente ao rastreio das dislipidemias, com as variáveis demográficas, verificou-se que os médicos mais jovens (26,1%) apresentaram uma média significativamente superior à obtida pelos médicos mais velhos (18,6%) ($p=0,007$) (Quadro IV). Foram também verificadas diferenças estatisticamente significativas na percentagem média de respostas de acordo com as NOC no grupo de questões relativas ao rastreio e à monitorização das dislipidemias, nos médicos com menos anos de experiência e naqueles que tinham mais anos de experiência ($p=0,022$ e $0,048$, respetivamente) (Quadro IV).

Quadro IV – Relação entre a percentagem média de respostas de acordo com as NOC e as variáveis demográficas

N Média			
Sexo	% média de respostas de acordo com as NOC		
Masculino	13	21,7	Mann-Whitney U p> 0,05 (p=0,925)
Feminino	30	22,1	
Idade	% média de respostas de acordo com as NOC no Rastreio		
≤54 anos	23	26,1	Mann-Whitney U p=0,007
≥55 anos	21	18,6	
Duração exercício na profissão	% média de respostas de acordo com as NOC no Rastreio		
≤26 anos	21	25,9	Mann-Whitney U p=0,022
≥27 anos	23	19,4	
Duração exercício na profissão	% média de respostas de acordo com as NOC na Monitorização		
≤26 anos	21	26,2	Mann-Whitney U p=0,048
≥27 anos	23	19,2	
Área	% média de respostas de acordo com as NOC		
Urbana	21	26,6	Mann-Whitney U p=0,029
Rural	23	18,8	
Área	% média de respostas de acordo com as NOC no Rastreio		
Urbana	21	25,9	Mann-Whitney U p=0,022
Rural	23	19,4	
Área	% média de respostas de acordo com as NOC na Monitorização		
Urbana	21	26,6	Mann-Whitney U p=0,029
Rural	23	18,8	
Interno	% média de respostas de acordo com as NOC		
Sim	1	7,0	Mann-Whitney U p=0,318
Não	43	22,9	
Formação específica em dislipidemias	% média de respostas de acordo com as NOC		
Sim	8	21,8	Mann-Whitney U p=0,870
Não	36	22,7	

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente à percentagem média de respostas de acordo com as NOC (Figura 3), no rastreio e na monitorização das dislipidemias, no grupo de inquiridos que exercem a sua profissão em contexto urbano e rural (p=0,029, p=0,022 e p=0,029, respectivamente) (Quadro IV).

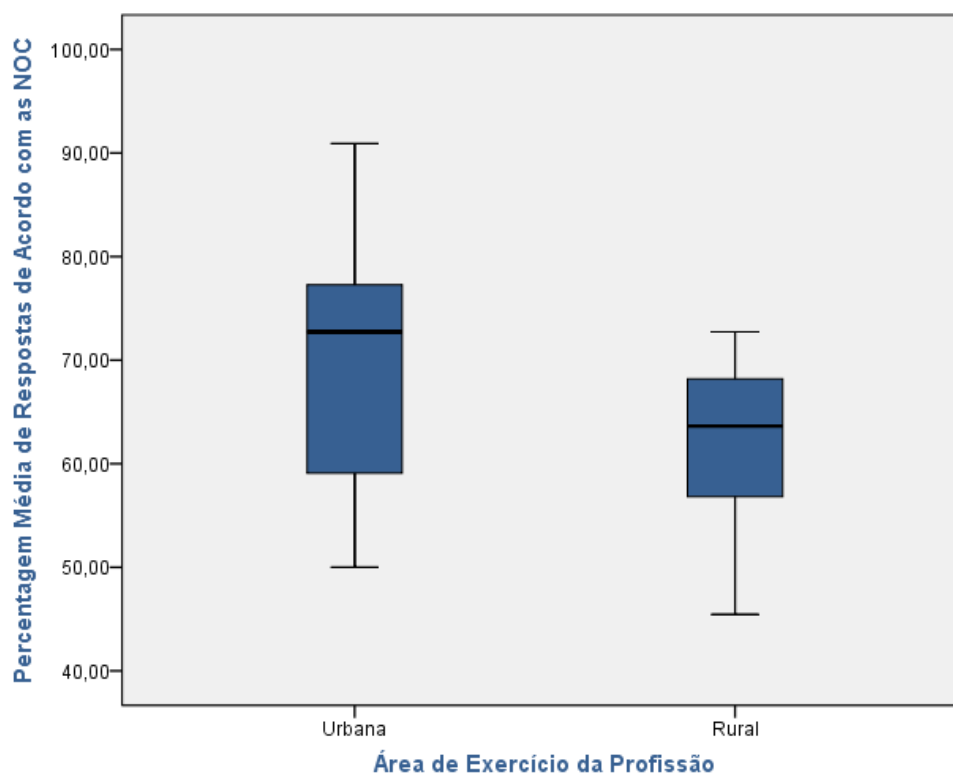


Figura 4 – Gráfico de percentagem de respostas em concordância com as NOC por área de exercício da profissão

Não foram verificadas outras diferenças estatisticamente significativas nas comparações realizadas, nomeadamente na comparação feita entre os profissionais que tiveram formação pós-graduada específica em dislipidemias e aqueles que não mencionaram qualquer tipo de formação nesta área (Quadro IV).

4. Discussão

Neste estudo, foi identificada uma alta percentagem de médicos que referiram uma prevalência de 25 a 49% de dislipidemia nos seus doentes. Tal percentagem é inferior ao encontrado por Costa, J. et al.³¹, que reporta um valor de 56,7%. Este diferencial poderá ser resultante de vários aspetos, entre os quais podemos apontar: a metodologia utilizada nos estudos para a obtenção dos resultados, não ser a mesma, tratar-se de populações com características diferentes, entre outros.

Verificamos que a maioria dos médicos inquiridos realizaria o rastreio do perfil lipídico nas mulheres e nos homens com idades inferiores aos 18 anos de idade. O que não está em conformidade com as orientações clínicas atuais que apontam os 40 anos para os homens e os 50 para as mulheres. Este fato poderá ser atribuído a eventual confusão com as recomendações no âmbito da Saúde de Infantil em que está determinado fazer a deteção precoce de dislipidemia nas crianças com risco familiar.

A percentagem de doentes que os médicos percecionam ter colesterol total alto e triglicerídeos normais é inferior à prevalência na população demonstrada pelo estudo Hipócrates realizado por Perdigão, C. et al.³², o mesmo é identificado relativamente à perceção dos médicos no que concerne à hipertrigliceridemia.

Na questão referente aos doentes com diagnóstico de dislipidemia, a maioria dos médicos referiram que grande parte dos doentes seria tratada pela associação da modificação de estilos de vida e da terapêutica farmacológica, o que vai de encontro ao constatado em outros estudos¹⁸ e está em conformidade com as recomendações clínicas nacionais e internacionais.

Quanto á monitorização dos doentes com diagnóstico de dislipidemia, o estudo evidenciou uma elevada percentagem de respostas de acordo com as orientações clínicas atuais. No entanto, a variação existente no estudo, entre as respostas e as orientações em vigor pode, em parte, ser explicada pela recente publicação das normas de orientação clínica. Deste modo, permanece uma percentagem considerável (40%) de profissionais que não atendem a este pressuposto. Torna-se pois, necessário uniformizar os procedimentos com base nas presentes normas, com o objetivo de uma maior e melhor rentabilização de custos (físicos e financeiros).

Relativamente ao tempo médio de tratamento farmacológico, a maioria dos médicos inquiridos referiram tratar os seus doentes a vida inteira. Uma vez que não existem orientações clínicas específicas nesta área, a decisão do médico em manter a terapêutica antidislipidémica dependerá do risco cardiovascular do doente e suas características biofísicas.

Na análise dos resultados em relação à percentagem média de respostas em conformidade com as NOC o nível obtido (65,1%) é aceitável, uma vez que mais de metade dos indivíduos respondeu em concordância com as orientações clínicas. Por outro lado, foi

evidenciado que os médicos com idades mais jovens demonstraram mais conhecimentos em concordância com as orientações do que os médicos mais velhos, tal como foi encontrado por Doroodchi, H. et al.²⁶. Este fato é mais um alerta para a necessidade constante que os médicos têm, na revisão e actualização dos seus conhecimentos.

Os resultados obtidos evidenciaram que os indivíduos que exerciam a sua profissão em contexto urbano demonstraram mais conhecimentos relativamente às NOC em relação aos médicos que exerciam em contexto rural, o que não vai de encontro ao estudo realizado por Cook, S. et al.¹⁸ que referem não existir correlação entre a localização geográfica e as escolhas da prática clínica. Deste modo, este estudo demonstrou a necessidade de uma melhor intervenção ao nível dos profissionais de saúde do meio rural.

Foram identificadas diversas limitações ao longo do estudo. A utilização de uma amostra não aleatória dos médicos leva a que os resultados obtidos não possam ser necessariamente generalizáveis a todos os profissionais de saúde e aos dos diferentes ACeS. A inexistência de um questionário validado para a língua e cultura portuguesas, tornou necessária a estruturação de um novo questionário, o que levou a dificuldades posteriores na análise dos dados e subsequente comparação dos resultados obtidos nesta investigação com estudos internacionais que utilizaram questionários diferentes. Para além disso, a impossibilidade de entrega e recepção dos questionários aos médicos Coordenadores das Unidades de Saúde envolvidos, nos horários estabelecidos inicialmente, devido a incompatibilidades entre a investigadora e os mesmos, poderá ter introduzido enviesamento nos resultados do estudo, nomeadamente no que concerne à percentagem de participação dos profissionais de saúde de determinadas US em relação a outras.

Os resultados deste estudo permitiram identificar diversas fragilidades, ao nível dos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde do referido ACeS, relativamente à abordagem das dislipidemias e seu tratamento. Fato que, associado à constatação de que a formação prévia em dislipidemias não demonstrou um índice de conhecimentos aumentado nestes profissionais, evidencia a necessidade de apostar na otimização da formação pré, pós-graduada e continua. Este estudo poderá, assim, servir de orientação a formações futuras, na medida em que põe em evidência as áreas de conhecimento em que os médicos apresentam índices mais baixos, podendo a formação ser dirigida a essas fragilidades. Por outro lado, tendo em conta a existência de poucos estudos nesta área em Portugal, esta ação poderá ser o ponto de partida para futuras investigações relativamente a esta temática, nomeadamente no âmbito da Garantia da Qualidade.

5. Bibliografia

1. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva. *WHO Library*. 2007. Disponível em: URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/PocketGL. ENGLISH.AFR-D-E.rev1.pdf [acedido em 21/09/2011]
2. Graham, I, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14:S1-113. Disponível em: URL: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention.pdf> [acedido em 21/09/2011]
3. Allender, S, et al. European cardiovascular disease statistics. *European Heart Network*. 2008. Disponível em: URL: http://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidad SNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CARDIOPATIA/opsc_est3.pdf [acedido em 30/03/2012]
4. World Health Organization. The World Health Report 2002, Reducing Risks Promoting Healthy Life. 2002. Disponível em: URL: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf [acedido em 21/09/2011]
5. Costa, J, et al. Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma revisão sistemática da Literatura. Parte I. *Rev Port Cardiol*. 2003;22(4):569-577. Disponível em: URL: <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/445.pdf> [acedido em 30/03/2012]
6. Administração Regional de Saúde do Norte. Dislipidemias – Manual de Boas Práticas. 2006: 3. Disponível em: URL: http://www.mgfamiliar.net/Dislipidemias_ARSPorto.pdf [acedido em 21/09/2011]
7. Bourbon, M. Dislipidemias familiares diagnóstico molecular. Instituto Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: URL: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2009/10_Outubro/DiaINSA09_DPS_MB.pdf [acedido em 30/03/2012]
8. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Disponível em: URL: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-dyslipidemias-FT.pdf> [acedido em 30/03/2012]
9. Ahmed, SM, et al. Management of Dyslipidemia in Adults. *Am Fam Physician*. 1998;57:2192-2208. Disponível em: URL: <http://www.aafp.org/afp/1998/0501/p2192.html> [acedido em 21/09/2011]
10. Baigent, C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: Prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*.

2005;366:1267-78. Disponível em: URL: http://ac.els-cdn.com/S0140673605673941/1-s2.0-S0140673605673941-main.pdf?_tid=990cd4d906a2623dcb25f8d811168c76&acdnat=1339075333_a9ccbeb7913e3335484ba2c9a751955b [acedido em 20/05/2012]

11. Mihaylova, B, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *The Lancet*. 2012. Disponível em: URL: http://ac.els-cdn.com/S0140673612603675/1-s2.0-S0140673612603675-main.pdf?_tid=4cd142faf17815407d8fdd98f867e5a0&acdnat=1339075745_a7553bcb4c1ccc80cc981fbff8ab4c1d [acedido em 20/05/2012]

12. Cooney, MT, et al. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk. A review for clinicians. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54:1209–1227. Disponível em: URL: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/54/14/1209.pdf> [acedido em 21/09/2011]

13. Cooney, MT, et al. Cardiovascular risk estimation systems in primary prevention. Do they differ? Do they make a difference? Can we see the future? *Circulation*. 2010;122:300–310. Disponível em: URL: <http://circ.ahajournals.org/content/122/3/300.full.pdf+html> [acedido em 20/05/2012]

14. Conroy, R, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987–1003. Disponível em: URL: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-SCORE-FT.pdf> [acedido em 30/03/2012]

15. D'Agostino, RB, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117:743–753. Disponível em: URL: <http://circ.ahajournals.org/content/117/6/743.full.pdf+html> [acedido em 21/09/2011]

16. Campos, L, et al. Plano nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. 2010. Disponível em: URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/CSH2.pdf> [acedido em 20/05/2012]

17. Foley, K, et al. Development and Validation of Hyperlipidemia: Attitudes and Beliefs in Treatment (HABIT) Survey for Physicians. *J Gen Intern Med* 2003;18:984-990. Disponível em: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494952/pdf/jgi_30114.pdf [acedido em 21/09/2011]

18. Cook, S, et al. Providers' Assessment of Barriers to Effective Management of Hypertension and hyperlipidemia in Community Health Centers. *Journal of Health Care for the Poor an Underserved*. 2006;17:70-85. Disponível em: URL: http://www.bupedu.com/lms/admin/uploaded_article/eA.896.pdf [acedido em 21/09/2011]

19. Mosca, L, et al. National Study of Physician Awareness and Adherence to Cardiovascular Disease Prevention Guidelines. *Circulation*. 2005;111:499-510. Disponível em: URL: <http://circ.ahajournals.org/content/111/4/499.full.pdf> [acedido em 21/09/2011]

20. Eaton, CB, et al. Family Physician's Knowledge, Beliefs, and self-reported Practice Patterns Regarding Hyperlipidemia: A National Research Network (NRN) Survey. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2006;1(19):46-53. Disponível em: URL: <http://www.jabfm.org/content/19/1/46.full.pdf+html> [acedido em 21/09/2011]
21. Superko, HR and Krauss, RM. Coronary artery disease regression. Convincing evidence for the benefit of aggressive lipoprotein management. *Circulation*. 1994;90:1056–69. Disponível em: URL: <http://circ.ahajournals.org/content/90/2/1056.long> [acedido em 20/05/2012]
22. Tzivoni, D and Klein, J. Effect of Lipid-Lowering Therapy on Myocardial Ischemia. *Cardiovascular Drugs and Therapy*. 1998;12:135-139. Disponível em: URL: <http://www.springerlink.com/content/xk68302m15t23620/> [acedido em 20/05/2012]
23. Levine, GN, et al. Cholesterol reduction in cardiovascular disease. Clinical benefits and possible mechanisms. *N Engl J Med*. 1995;332:512–21. Disponível em: URL: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199502233320807> [acedido em 20/05/2012]
24. Klaus, B, et al. Barriers to swiss guideline-recommended cholesterol management in general practice. *Swiss Med WKLY*. 2010;140:280-285. Disponível em: URL: <http://www.smw.ch/docs/PdfContent/smw-12973.pdf> [acedido em 21/09/2011]
25. McBride, P, et al. Primary care Practice Adherence to national cholesterol education program guidelines for patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 1998;158:1238-44. Disponível em: URL: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?volume=158&issue=11&page=1238> [acedido em 21/09/2011]
26. Doroodchi, H, et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Family Practice*. 2008;9:1471-79. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2474612/pdf/1471-2296-9-42.pdf> [acedido em 21/09/2011]
27. Santos, RD, et al. Programa de Avaliação nacional do conhecimento sobre Prevenção da Aterosclerose (PANDORA). Um Questionário entre Cardiologistas Brasileiros sobre Redução do Colesterol. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2000;6(75):289-295. Disponível em: URL: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7504/7504004.pdf> [acedido em 21/09/2011]
28. Direção Geral da Saúde. Abordagem terapêutica das dislipidemias. Norma n.º 019/2011 de 28 de Setembro de 2011. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: URL: <http://www.apaclinicos.pt/docs/Norma019-2011.pdf> [acedido em 05/10/2011]
29. Direção Geral da Saúde. Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias. Norma n.º 066/2011 de 30 de Dezembro de 2011. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: URL: <http://www.apaclinicos.pt/docs/Norma066-2011.pdf> [acedido em 30/03/2012]

30. Direcção Geral da Saúde. Elementos Estatísticos, informação geral. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf> [acedido em 20/05/2012]

31. Costa, J, et al. Costa, J., et al. Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma revisão sistemática da Literatura. Parte III. *Rev Port Cardiol.* 2003;22:569-577. Disponível em: URL: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/250.pdf> [acedido em 30/03/2012]

32. Perdigão, C, et al. Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal: Estudo Hipócrates. *Revista Factores de Risco.* 2010;17:12-19. Disponível em: URL: <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/423.pdf> [acedido em 20/05/2012]

Anexos

DISLIPIDEMIAS: Conhecimentos e atitudes dos Profissionais de Saúde do ACeS Santo Tirso/Trofa

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal. São uma importante origem de morbilidade, invalidez e perda de potenciais anos de vida na população portuguesa. A dislipidemia é um factor de risco de doença cardiovascular bem estabelecido. É uma doença prevalente entre a população Portuguesa, sendo mesmo superior à hipertensão arterial. A sua detecção precoce e tratamento adequado são fundamentais para uma correcta prevenção e controlo da progressão da doença.

Uma aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS-UP propõe-se realizar um estudo de investigação no âmbito da cadeira de Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio, onde se procura identificar os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde do ACeS Santo Tirso/ Trofa relativamente à abordagem das dislipidemias pelo que lhe pede a sua colaboração.

Neste estudo será utilizado um questionário de autopreenchimento criado para avaliar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde relacionados com a abordagem terapêutica da dislipidemia. Foi elaborado e adaptado com base em estudos e recomendações nacionais e internacionais deste âmbito.

O questionário está dividido em três partes – A primeira constituída por 7 questões de enquadramento, seguidas por 11 perguntas de resposta múltipla, numeradas de “A” a “K”, constituídas por diversas alíneas e a 3.ª parte por 1 questão com 22 afirmações, classificadas como verdadeiras ou falsas em que só uma opção deve ser assinalada em cada pergunta.

A investigadora quer assegurar a confidencialidade e o anonimato dos participantes pelo que o questionário é anónimo, sendo que nenhuma informação será usada para diferenciar/classificar os indivíduos/serviços, e deverá ser devolvido em envelope fechado ao Coordenador do Serviço. Os envelopes serão recolhidos no final da semana e só serão abertos pela investigadora. A devolução do questionário, com as respectivas respostas, implica consentimento para participar no estudo.

Quando concluído, por favor, coloque o questionário no envelope em anexo, fechando-o de seguida.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS

DISLIPIDEMIAS: Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde do ACeS Santo Tirso/ Trofa

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Nº _____

Idade: _____

Anos de exercício da profissão: _____

Interno: ☐ Sim ☐ Não

Área onde exerce funções: ☐ Urbana ☐ Rural

Recebeu algum tipo de formação pós-graduada específica em dislipidemias? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu “sim” à pergunta anterior, por favor, especifique o tipo de formação e sua duração:

RESPOSTAS DE ESCOLHA MÚLTIPLA E VERDADEIRO/FALSO

A. Dos doentes atendidos no seu consultório têm:

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. Doença Cardiovascular | <input type="checkbox"/> <10% | <input type="checkbox"/> 10-24% | <input type="checkbox"/> 25-49% | <input type="checkbox"/> 50-75% | <input type="checkbox"/> > 75% |
| 2. Diagnóstico de dislipidemia | <input type="checkbox"/> <10% | <input type="checkbox"/> 10-24% | <input type="checkbox"/> 25-49% | <input type="checkbox"/> 50-75% | <input type="checkbox"/> > 75% |

B. O rastreio do perfil lipídico deve ser realizado a partir dos:

- | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. nas mulheres | <input type="checkbox"/> <18 anos | <input type="checkbox"/> 18-23 anos | <input type="checkbox"/> 24-34 anos | <input type="checkbox"/> 35- 39 anos | <input type="checkbox"/> ≥ 40 anos |
| 2. nos homens | <input type="checkbox"/> <18 anos | <input type="checkbox"/> 18-23 anos | <input type="checkbox"/> 24-34 anos | <input type="checkbox"/> 35- 39 anos | <input type="checkbox"/> ≥ 40 anos |

C. De entre os doentes com diagnóstico de dislipidemia, qual a percentagem com o nível de:

- | | | |
|--|-------|-----------------------------|
| A – Colesterol Total elevado e Triglicerídeos normal | _____ | (A soma deve perfazer 100%) |
| B – Colesterol Total normal e Triglicerídeos elevado | _____ | |
| C – Triglicerídeos normal e LDL elevado | _____ | |
| D – Triglicerídeos e LDL elevados | _____ | |

D. De entre os doentes com diagnóstico dislipidemia, qual a percentagem com o seguinte procedimento:

- | | | |
|---|-------|-----------------------------|
| A – Apenas modificação do estilo de vida | _____ | (A soma deve perfazer 100%) |
| B – Apenas Terapêutica farmacológica | _____ | |
| C – Modificação do estilo de vida e Terapêutica farmacológica | _____ | |
| D – Não tratado | _____ | |

E. Se um doente tem diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos e os valores do mesmo se encontram alterados, o doente deve ser reavaliado:

- ☐ após 2 meses
 ☐ após 3 meses
 ☐ após 6 meses
 ☐ > 6 visitas/ano

F. Se um doente tem diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos e os valores do mesmo se encontram controlados, o doente deve ser reavaliado:

- ☐ < 2 visitas/ano
 ☐ 2 visitas/ano
 ☐ 3 - 4 visitas/ano
 ☐ > 4 visitas/ano

G. Após quanto tempo de tratamento (modificação do estilo de vida/ terapêutica farmacológica), solicita novo perfil lipídico para reavaliar o doente:

- ☐ < 3 meses
 ☐ 3-6 meses
 ☐ 6-9 meses
 ☐ 9-12 meses
 ☐ > 12 meses
 ☐ Não pede

H. Qual o tempo médio de tratamento farmacológico das dislipidemias?

- ☐ < 3 meses
 ☐ 3-6 meses
 ☐ 6-9 meses
 ☐ 9-12 meses
 ☐ > 12 meses
 ☐ a vida inteira

I. Após quanto tempo de terapêutica farmacológica consegue diminuir ou normalizar o perfil lipídico do doente:

☐ < 3 meses ☐ 3-6 meses ☐ 6-9 meses ☐ 9-12 meses ☐ > 12 meses ☐ Não consegue

J. Nas afirmações abaixo responda de acordo com uma escala que varia de 1 a 4, sendo que:

1 – concorda totalmente

3 – discorda parcialmente

2 – concorda parcialmente

4 – discorda totalmente

	1	2	3	4
1. Apenas uma percentagem muito pequena dos doentes segue as prescrições medicamentosas.				
2. O tratamento crónico para manutenção dos níveis do perfil lipídico traz benefícios para o doente.				
3. Apenas uma percentagem muito pequena dos doentes segue as modificações do estilo de vida.				
4. O tratamento farmacológico das dislipidemias deve ser mantido indefinidamente.				
5. Quando alcançados os níveis desejáveis do perfil lipídico, devo manter o medicamento prescrito inicialmente.				
6. O objectivo clínico é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares.				
7. A dislipidemia é tratada por prevenção.				
8. A terapêutica farmacológica deve ser alterada, quando o tratamento terapêutico não atinge os valores do perfil lipídico desejáveis.				
9. A dose da terapêutica farmacológica deve ser reduzida, quando o tratamento terapêutico atinge os valores do perfil lipídico desejáveis.				
10. As modificações no estilo de vida são um importante objectivo a atingir nos doentes com factores de risco para Doença Cardiovascular.				
11. Quando o tratamento terapêutico permitiu atingir os valores do perfil lipídico desejáveis, a terapêutica farmacológica deve ser substituída por outro fármaco da mesma classe, mas menos potente.				
12. O tratamento da alteração do metabolismo dos lípidos modifica o percurso natural da doença coronária.				
13. A Dislipidemia só deve ser tratada num doente com Colesterol Total superior a 320mg/dl.				
14. A dose da terapêutica farmacológica deve ser aumentada quando não foram atingidos os valores desejáveis do perfil lipídico.				
15. Quando foram atingidos os valores desejáveis do perfil lipídico, a terapêutica farmacológica deve ser suspensa e devem ser mantidas as modificações do estilo de vida.				

K. Indique, por favor, das seguintes afirmações quais os obstáculos relacionados com o doente, que dificultam o alcance dos objectivos no tratamento de uma dislipidemia:

1 – não é barreira

3 – barreira importante

2 – barreira pouco importante

4 – barreira muito importante

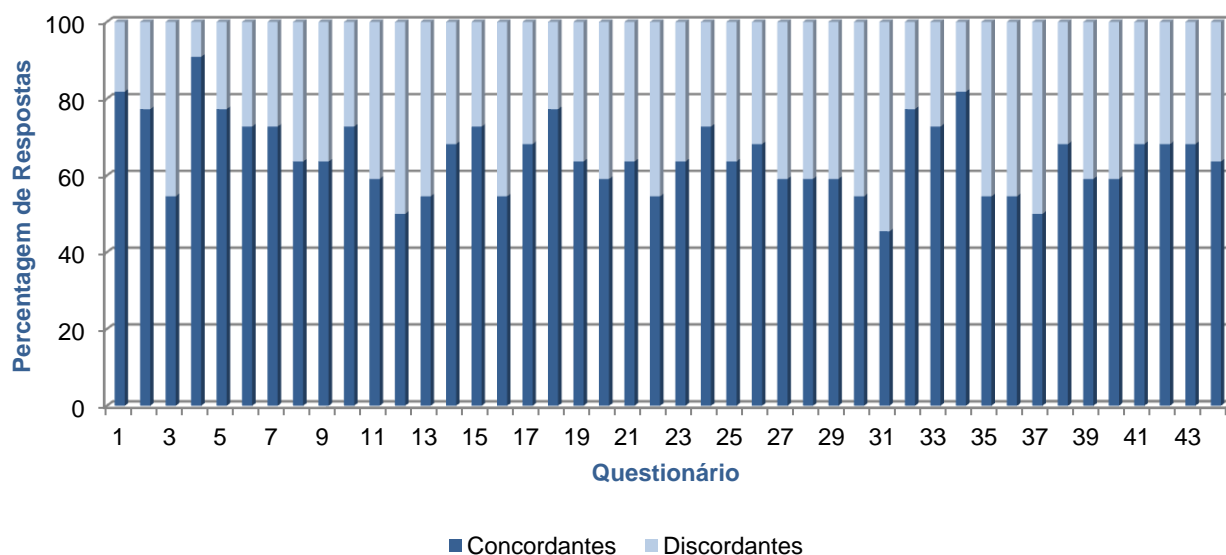
	1	2	3	4
A. Efeitos secundários do medicamento				
B. Adesão do doente ao tratamento				
C. Presença de comorbilidades				
D. Custo do medicamento				
E. Número de fármacos necessários para um adequado controlo dos valores dos lípidos				
F. Compreensão do doente quanto aos objectivos do tratamento				

L. Nas afirmações abaixo responda assinalando verdadeiro ou falso

	V	F
1. O diagnóstico das dislipidemias realiza-se pela avaliação laboratorial, no sangue e em jejum, do Colesterol Total, Colesterol das HDL, Colesterol das LDL e dos triglicerídeos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. É um importante objectivo a adesão pelo doente a modificações no estilo de vida, como, dieta redutora de lípidos e do risco cardiovascular, exercício físico anaeróbico regular, cessação dos hábitos tabágicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nos doentes com risco cardiovascular absoluto moderado, o objetivo é a adoção de estilo de vida saudável e controlo analítico de Colesterol Total inferior a 190 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 115 mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nos doentes assintomáticos com risco global cardiovascular alto, o objectivo é obter um controlo analítico de Colesterol Total inferior a 175 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 100 mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nos doentes com risco cardiovascular muito alto, o objectivo terapêutico é obter um controlo analítico de Colesterol Total inferior a 155 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 100 mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. São objectivos terapêuticos secundários e influenciadores da opção terapêutica antidislipidémica escolhida, as concentrações de Colesterol das HDL inferior a 40 mg/dl no homem ou 45 mg/dl na mulher e de triglicerídeos > 150 mg/dl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nos doentes com risco cardiovascular alto e muito alto, o tratamento precoce deve ser realizado com uma estatina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Como alternativa terapêutica, deve-se privilegiar a opção terapêutica de menor custo para maior eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Em prevenção secundária, a terapêutica antidislipidémica com estatinas é fundamental, apenas nos doentes com risco cardiovascular igual ou superior a 10% e na maioria dos doentes diabéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nos doentes com síndrome coronário agudo deve ser preferida uma terapêutica intensiva, com fibratos, tendo em conta a presença de comorbilidades e a terapêutica concomitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os doentes submetidos a terapêutica farmacológica antidislipidémica devem ser reavaliados em cada consulta quanto à sua adesão a estilos de vida saudáveis e a parâmetros laboratoriais em cada trimestre, nos doentes onde não foram atingidos os objectivos terapêuticos propostos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O rastreio de uma dislipidemia deve ser efetuado na coexistência de outros fatores de risco cardiovascular, em todos os homens com idade ≥ 40 anos e em todas as mulheres com idade ≥ 45 anos ou na pós-menopausa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A avaliação do perfil lipídico deve ser efectuada nas pessoas com evidência de aterosclerose, com diabetes mellitus tipo 2 ou com história familiar de doença cardiovascular prematura ou de dislipidemia familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nos doentes submetidos a terapêutica farmacológica antidislipidémica e nos quais foram atingidos os objectivos terapêuticos propostos, deve ser efectuada reavaliação dentro de 6 meses quanto à sua adesão a estilos de vida saudáveis e aos parâmetros laboratoriais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O diagnóstico clínico deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial, realizada no intervalo mínimo de 3 semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No diagnóstico clínico não se devem excluir causas secundárias e frequentes de dislipidemias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A escolha de um fármaco antidislipidémico deve ter em conta a expressão das alterações laboratoriais da dislipidemia, o efeito farmacológico a prosseguir, a facilidade de administração, o perfil de efeitos adversos, o perfil de segurança a longo prazo, os efeitos nos objectivos vasculares e a mortalidade total e a relação custo-eficácia (efectividade).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O uso de terapêutica antidislipidémica sem uma estatina só deve ser utilizado no caso de existir contra-indicações ou intolerância à estatina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A ezetimiba é indicada como terapêutica adjuvante em pessoas com hipercolesterolemia primária, mas não as resinas permutadoras de iões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os fibratos estão indicados no tratamento das dislipidemias mistas com hipertrigliceridemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O ácido nicotínico está indicado no tratamento da dislipidemia mista combinada e da hipercolesterolemia primária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. O uso por rotina de alimentos ricos em estanois e esteróis vegetais está recomendado na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Percentagem de Respostas De acordo com as NOC



Questão (resposta)	Respostas Concordantes n (%)	Respostas Discordantes n (%)
L1. O diagnóstico das dislipidemias realiza-se pela avaliação laboratorial, no sangue e em jejum, do Colesterol Total, Colesterol das HDL, Colesterol das LDL e dos triglicerídeos. V	44 (100%)	0 (0%)
L2. É um importante objectivo a adesão pelo doente a modificações no estilo de vida, como, dieta redutora de lípidos e do risco cardiovascular, exercício físico anaeróbico regular, cessação dos hábitos tabágicos. F	2 (4,5%)	42 (95,5%)
L3. Nos doentes com risco cardiovascular absoluto moderado, o objetivo é a adoção de estilo de vida saudável e controlo analítico de Colesterol Total inferior a 190 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 115 mg/dl. V	39 (88,6%)	5 (11,4%)
L4. Nos doentes assintomáticos com risco global cardiovascular alto, o objectivo é obter um controlo analítico de Colesterol Total inferior a 175 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 100 mg/dl. V	39 (88,6%)	5 (11,4%)
L5. Nos doentes com risco cardiovascular muito alto, o objectivo terapêutico é obter um controlo analítico de Colesterol Total inferior a 155 mg/dl e Colesterol das LDL inferior a 100 mg/dl. F	29 (65,9%)	15 (34,1%)
L6. São objectivos terapêuticos secundários e influenciadores da opção terapêutica antidislipidémica escolhida, as concentrações de Colesterol das HDL inferior a 40 mg/dl no homem ou 45 mg/dl na mulher e de triglicerídeos > 150 mg/dl. V	25 (56,8%)	19 (43,2%)
L7. Nos doentes com risco cardiovascular alto e muito alto, o tratamento precoce deve ser realizado com uma estatina. V	40 (90,9%)	4 (9,1%)
L8. Como alternativa terapêutica, deve-se privilegiar a opção terapêutica de menor custo para maior eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica. F	1 (2,3%)	43 (97,7%)

L9. Em prevenção secundária, a terapêutica antidislipidêmica com estatinas é fundamental, apenas nos doentes com risco cardiovascular igual ou superior a 10% e na maioria dos doentes diabéticos. F	30 (68,2%)	14 (31,8%)
L10. Nos doentes com síndrome coronário agudo deve ser preferida uma terapêutica intensiva, com fibratos, tendo em conta a presença de comorbilidades e a terapêutica concomitante. F	42 (95,5%)	2 (4,5%)
L11. Os doentes submetidos a terapêutica farmacológica antidislipidêmica devem ser reavaliados em cada consulta quanto à sua adesão a estilos de vida saudáveis e a parâmetros laboratoriais em cada trimestre, nos doentes onde não foram atingidos os objectivos terapêuticos propostos. V	41 (93,2%)	3 (6,8%)
L12. O rastreio de uma dislipidemia deve ser efectuado na coexistência de outros fatores de risco cardiovascular, em todos os homens com idade ≥ 40 anos e em todas as mulheres com idade ≥ 45 anos ou na pós-menopausa. F	10 (22,7%)	34 (77,3%)
L13. A avaliação do perfil lipídico deve ser efectuada nas pessoas com evidência de aterosclerose, com diabetes mellitus tipo 2 ou com história familiar de doença cardiovascular prematura ou de dislipidemia familiar. V	44 (100%)	0 (0%)
L14. Nos doentes submetidos a terapêutica farmacológica antidislipidêmica e nos quais foram atingidos os objectivos terapêuticos propostos, deve ser efectuada reavaliação dentro de 6 meses quanto à sua adesão a estilos de vida saudáveis e aos parâmetros laboratoriais. F	4 (9,1%)	40 (90,9%)
L15. O diagnóstico clínico deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial, realizada no intervalo mínimo de 3 semanas. F	32 (72,7%)	12 (27,3%)
L16. No diagnóstico clínico não se devem excluir causas secundárias e frequentes de dislipidemias. F	14 (31,8%)	30 (68,2%)
L17. A escolha de um fármaco antidislipidémico deve ter em conta a expressão das alterações laboratoriais da dislipidemia, o efeito farmacológico a prosseguir, a facilidade de administração, o perfil de efeitos adversos, o perfil de segurança a longo prazo, os efeitos nos objectivos vasculares e a mortalidade total e a relação custo-eficácia (efectividade). V	44 (100%)	0 (0%)
L18. O uso de terapêutica antidislipidêmica sem uma estatina só deve ser utilizado no caso de existir contra-indicações ou intolerância à estatina. V	33 (75%)	11 (25%)
L19. A ezetimiba é indicada como terapêutica adjuvante em pessoas com hipercolesterolemia primária, mas não as resinas permutadoras de iões. F	26 (59,1%)	18 (40,9%)
L20. Os fibratos estão indicados no tratamento das dislipidemias mistas com hipertrigliceridemia. V	43 (97,7%)	1 (2,3%)
L21. O ácido nicotínico está indicado no tratamento da dislipidemia mista combinada e da hipercolesterolemia primária. V	21 (47,7%)	23 (52,3%)
L22. O uso por rotina de alimentos ricos em estanois e esteróis vegetais está recomendado na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular. V	27 (61,4%)	17 (38,6%)